



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Indennità giornaliera per ricoveri

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”
del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.



Vittoria
Assicurazioni

Gentile Cliente,

grazie di aver scelto **Vittoria Assicurazioni**.

Con le nostre condizioni di assicurazione, abbiamo il piacere di illustrarle tutte le garanzie e i servizi che il nostro prodotto **Indennità Giornaliera per Ricoveri** è in grado di offrirle.

Chi entra nel mondo Vittoria Assicurazioni attraverso la sottoscrizione di una delle nostre soluzioni assicurative, come il prodotto **Indennità Giornaliera per Ricoveri**, non soltanto acquisisce un'assicurazione per la tutela della propria salute ma il supporto e la consulenza di esperti professionisti del settore in grado di assistere al meglio i propri Clienti per ogni esigenza di carattere assicurativo.

Per tutte le risposte e gli approfondimenti sul prodotto **Indennità Giornaliera per Ricoveri** i nostri consulenti assicurativi presenti su tutto il territorio nazionale sono a sua disposizione.

Cordialmente

Vittoria Assicurazioni S.p.A.

All'interno delle condizioni di assicurazione, troverà alcuni box di consultazione aventi la stessa grafica utilizzata per il presente riquadro.

I box di consultazione sono degli appositi spazi che hanno lo scopo di chiarire, anche attraverso esempi, quanto contenuto nelle condizioni di assicurazione e/o di evidenziare punti su cui porre particolare attenzione.

Tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una semplificazione. Per questo motivo è bene tenere in considerazione le condizioni a cui si riferiscono.

Le frasi evidenziate graficamente tramite l'utilizzo di sfondo pieno tono su tono prevedono:

- oneri e obblighi di comportamento a carico del contraente e dell'assicurato;
- nullità e decadenze;
- operatività delle garanzie (limiti ed esclusioni).

Glossario	pag. 3
Il Contratto dalla A alla Z	pag. 4
1 Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?	pag. 4
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	
1.2 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	
1.3 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	
1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI	
2 Come mi assicuro?	pag. 5
2.1 QUANDO E COME DEVO PAGARE	
2.2 DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO	
2.3 DURATA E PROSECUZIONE DEL CONTRATTO	
2.4 POSSIBILITÀ DELLA SOCIETÀ DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI POLIZZA E CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE	
2.5 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA	
2.6 IMPOSTE E TASSE	
2.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	
2.8 FORO COMPETENTE	
2.9 PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE	
2.10 PRESCRIZIONE	
2.11 SOSTITUZIONE E MODIFICHE AL CONTRATTO	
2.12 ESTENSIONE TERRITORIALE	
2.13 RINUNCIA ALLA RIVALSA	
Oggetto del contratto	pag. 9
3 Cosa è assicurato?	pag. 9
3.1 INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO	
3.2 INDENNITA' GIORNALIERA PER CONVALESCENZA	
3.3 ALTRI RISCHI COMPRESI	
3.4 DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODI DI CARENZA	
4 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?	pag. 11
4.1 ADEGUAMENTO GARANZIA	
4.2 MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO	
4.3 GESSATURA ESTESA	
4.4 RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE	
4.5 ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA	
4.6 RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO	
5 Cosa NON è assicurato?	pag. 13
5.1 PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE	
6 Ci sono limiti di copertura?	pag. 13
6.1 ESCLUSIONI	
6.2 FRANCHIGIE	
6.3 SCOPERTI	
6.4 LIMITI DI INDENNIZZO/RIMBORSO	

Cosa fare in caso di Sinistro?	pag. 17
7 Gestione del Sinistro	pag. 17
7.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	
7.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	
7.3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	
Tabella di sintesi degli adempimenti in caso di sinistro	pag. 19
Elenco Grandi interventi chirurgici	pag. 20
Appendice normativa	pag. 22

Glossario: guida alla comprensione del testo

I termini riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO" nelle presenti condizioni di assicurazione hanno il significato a loro attribuito di seguito.

LE PARTI:

- **CONTRAENTE:** il soggetto che stipula l'assicurazione.
- **SOCIETÀ:** Vittoria Assicurazioni S.p.A. ed eventuali Coassicuratrici.

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO:

- **ANNO SOLARE:** periodo di 365 giorni (366 per gli anni bisestili) che decorre dalla data di sottoscrizione della **POLIZZA** e termina il corrispondente giorno dell'anno successivo.
- **ASSICURATO:** il soggetto, nominativamente indicato in **POLIZZA**, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **CONSUMATORE:** è inteso come la persona fisica che agisce per scopi estranei rispetto all'attività imprenditoriale commerciale artigianale o professionale eventualmente svolta.
- **CONVALESCENZA:** il periodo tra la fine della fase acuta della **MALATTIA** e la stabilizzazione o la guarigione.
- **GARANZIA:** è la copertura assicurativa sui **RISCHI** che regola le modalità di **INDENNIZZO** che la **SOCIETÀ** si impegna a corrispondere a seguito di un **SINISTRO**.
- **GESSATURA:** l'applicazione di apparecchiatura gessata, oppure la contenzione con fasce rigide o apparecchi ortopedici esterni di materiale vario purché immobilizzanti ed inamovibili, la necessità dei quali venga stabilita da medici chirurgici.
- **DAY HOSPITAL:** struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, quando eroghi prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialistici
- **INDENNITÀ GIORNALIERA:** l'importo giornaliero, indicato in **POLIZZA**, utilizzato per calcolare l'**INDENNIZZO** in base al numero di giorni di **RICOVERO** o di **CONVALESCENZA**.
- **INDENNIZZO/RIMBORSO:** somma dovuta all'**ASSICURATO** in caso di **SINISTRO**.
- **INFORTUNIO:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
- **ISTITUTO DI CURA:** istituto universitario, ospedale, casa di cura, regolarmente utilizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di **DAY HOSPITAL**. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per **CONVALESCENZA** o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.
- **POLIZZA/CONTRATTO:** il documento che prova l'assicurazione e regola i rapporti tra le **PARTI**.
- **MALATTIA:** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO**.
- **MALFORMAZIONE, DIFETTO FISICO:** alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico.
- **RICOVERO:** permanenza in **ISTITUTO DI CURA** con pernottamento.
- **RISCHIO:** la probabilità che si verifichi il **SINISTRO** e l'entità dei danni che possono derivarne.
- **SCOPERTO:** parte del danno indennizzabile espressa in percentuale sull'ammontare del danno che rimane a carico dell'**ASSICURATO**.
- **SINISTRO:** il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la **GARANZIA**.

Il Contratto dalla A alla Z

In questa parte del documento sono contenute le norme che, ove non espressamente derogate, regolano il **CONTRATTO**. Il **CONTRATTO** è, inoltre, disciplinato dalle norme di legge applicabili. Nell'Appendice Normativa è riportato il testo integrale degli articoli citati nelle Condizioni di Assicurazione ed applicabili al **CONTRATTO**.

1 Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi che sono contrattualmente previsti per **CONTRAENTE**, **ASSICURATO** e **SOCIETÀ**.

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del **CONTRAENTE** sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del **RISCHIO**, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**INDENNIZZO** e la cessazione dell'assicurazione¹.

Cosa si intende per "RISCHIO"?

Come riportato nel Glossario del presente **CONTRATTO**, in ambito assicurativo viene definito **RISCHIO** la probabilità che si verifichi un evento futuro e incerto in grado di provocare conseguenze dannose.

Ad esempio, rientra nella definizione di **RISCHIO** la probabilità che l'**ASSICURATO** contragga una **MALATTIA**.

1.2 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se il **CONTRAENTE** ha sottoscritto diversi contratti assicurativi per i medesimi **RISCHI** coperti dalla presente **POLIZZA**, deve darne comunicazione alla **SOCIETÀ**.

Se il **CONTRAENTE**, infatti, omette dolosamente di dare tale comunicazione, la **SOCIETÀ** non è tenuta a corrispondere l'**INDENNIZZO/RIMBORSO**.

La **SOCIETÀ**, entro 30 giorni dalla comunicazione suindicata, può recedere dalla **POLIZZA** con preavviso di almeno 15 giorni e restituisce al **CONTRAENTE** la quota di **PREMIO** pagata e non goduta.

In caso di **SINISTRO**, il **CONTRAENTE** deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri².

1.3 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla **POLIZZA** devono essere adempiuti dal **CONTRAENTE**, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'**ASSICURATO**³.

¹ Articoli 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile

² Articolo 1910 del Codice Civile

³ Articolo 1891 del Codice Civile

1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione deve essere fatta con lettera raccomandata o PEC all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** o alla Direzione della **SOCIETÀ** ai seguenti indirizzi:

- Vittoria Assicurazioni S.p.a., Via Ignazio Gardella 2, 20149 Milano;
- vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it.

2 Come mi assicuro?

*In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le condizioni operative secondo le quali la **SOCIETÀ** presta le garanzie offerte dal presente **CONTRATTO**.*

2.1 QUANDO E COME DEVO PAGARE

La prima rata di **PREMIO** o l'eventuale **PREMIO** unico pattuito devono essere pagati alla consegna della **POLIZZA**.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la **POLIZZA** o presso la sede della **SOCIETÀ**.

Le rate successive devono essere pagate alle scadenze previste.

La **SOCIETÀ** rilascia quietanza contenente data del pagamento e firma della persona autorizzata a riscuotere il **PREMIO**.

Se il **CONTRAENTE** ha aderito al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit⁴, le modalità di pagamento delle rate sono disciplinate dall'allegato al **CONTRATTO** "SEPA Direct Debit".

Se il **CONTRAENTE** ha optato per l'addebito continuativo su carta di credito, le modalità di pagamento sono disciplinate dalle disposizioni contenute nell'allegato "Pagamento frazionato del premio tramite Addebito Continuativo su Carta di Credito", che forma parte integrante del **CONTRATTO**.

La sottoscrizione della **POLIZZA** (indipendentemente dalla stipulazione di altre assicurazioni pubbliche o private, presenti o future) impegna il **CONTRAENTE** a mantenere in vita la **POLIZZA** stessa per tutta la durata pattuita e a pagare il **PREMIO** o le rate di **PREMIO** alle scadenze convenute.

Quanto sopra fermo restando il contenuto di cui al precedente art. 1.2. "ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI".

2.2 DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui è sottoscritta la **POLIZZA** se il **PREMIO** è stato pagato, a meno che la **POLIZZA** stabilisca una data successiva.

In caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Le rate successive alla prima possono essere pagate entro il 15° giorno dalla scadenza, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del **PREMIO**, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite⁵.

Per i contratti poliennali:

- la **SOCIETÀ** può prevedere frazionamenti del **PREMIO** diversi da quello mensile (per esempio, al posto di rate mensili prevedere rate annuali);
- la **SOCIETÀ** può esercitare questa facoltà ad ogni scadenza di **ANNO SOLARE**

⁴ Consistente nell'addebito automatico su conto corrente

⁵ Articolo 1901 del Codice Civile

comunicando tale intenzione al **CONTRAENTE** almeno 60 giorni prima della suddetta scadenza.

In tal caso il **CONTRAENTE** può recedere dal **CONTRATTO** comunicando il recesso alla **SOCIETÀ** almeno 15 giorni prima della scadenza dell'**ANNO SOLARE**.

2.3 DURATA E PROSECUZIONE DEL CONTRATTO

Il **CONTRATTO** può avere durata annuale o poliennale con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascuna proroga.

Se la durata della **POLIZZA** è superiore a cinque anni, il **CONTRAENTE**, trascorso il quinquennio, può recedere dal **CONTRATTO** con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità in cui ha esercitato il recesso.

La **POLIZZA** di durata non inferiore ad 1 anno, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle **PARTI**, è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

La disdetta, in quest'ultimo caso, deve essere data nelle forme indicate all'art. 1.4 "*FORMA DELLE COMUNICAZIONI*", almeno 30 giorni prima della scadenza della **POLIZZA** se il **CONTRATTO** è stipulato con un **CONSUMATORE** ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo (se non **CONSUMATORE**, 60 giorni prima della scadenza della **POLIZZA**).

Nel caso di durata poliennale è prevista una riduzione del **PREMIO**.

2.4 POSSIBILITÀ DELLA SOCIETÀ DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI POLIZZA E CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Ad ogni scadenza annuale, ferma la concessione dello sconto legato alla maggior durata in caso di **POLIZZA** poliennale, la **SOCIETÀ** ha la facoltà di modificare il **PREMIO** della presente **POLIZZA**, in aggiunta a quanto previsto dall'articolo 4.1 "*ADEGUAMENTO GARANZIA*".

La variazione di **PREMIO** è evidenziata sulla quietanza rilasciata al **CONTRAENTE** che, pagando il **PREMIO** così modificato, acconsente al rinnovo del **CONTRATTO** alle nuove condizioni.

Se il **CONTRAENTE** non accetta le nuove condizioni di **PREMIO**, astenendosi dal pagamento, l'assicurazione cesserà automaticamente dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e si intenderà risolta senza alcuna formalità.

2.5 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, se il **CONTRATTO** è stipulato da un **CONSUMATORE**, il **CONTRAENTE** può recedere dal **CONTRATTO** nei 14 giorni successivi al perfezionamento della **POLIZZA** avvenuto con il pagamento del **PREMIO**, tramite richiesta scritta da inviare nelle modalità previste dall'articolo 1.4 "*FORMA DELLE COMUNICAZIONI*".

In tal caso la **SOCIETÀ** trattiene la quota parte di **PREMIO** relativa al periodo in cui il **CONTRATTO** ha avuto effetto.

Cosa si intende per "tecnica di comunicazione a distanza"?

Si intende qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e del **CONTRAENTE** (ad esempio internet), viene utilizzata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

2.6 IMPOSTE E TASSE

Il **PREMIO** è comprensivo di imposte ed oneri fiscali in vigore ed è a carico del **CONTRAENTE**.

2.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal presente **CONTRATTO** valgono le norme di legge.

2.8 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie relative a questo **CONTRATTO**, il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del **CONTRAENTE**.

2.9 PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

Per tutte le controversie nascenti, o comunque collegate a questo **CONTRATTO**, per le quali non è stato possibile raggiungere una soluzione amichevole, prima di promuovere un giudizio è obbligatorio effettuare un tentativo di mediazione⁶.

L'Organismo di mediazione prescelto potrebbe prevedere la possibilità di svolgere la mediazione in forma telematica (on line).

In ogni caso la **PARTE** richiedente si impegna:

- ad indicare nell'istanza di mediazione i dati identificativi dell'oggetto della controversia (ad es. numero e data del **SINISTRO**, numero della **POLIZZA**), nonché ad indicare all'Organismo di Mediazione il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per la notifica alla **SOCIETÀ** della relativa istanza: **mediazione@pec.vittoriaassicurazioni.it**;
- a richiedere all'Organismo di Mediazione un preavviso di almeno 15 giorni lavorativi per il primo incontro di mediazione.

Si applicherà il regolamento di mediazione dell'Organismo.

Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

2.10 PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle prestazioni e garanzie di cui alla presente **POLIZZA** si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda⁷.

2.11 SOSTITUZIONE E MODIFICHE DEL CONTRATTO

Le eventuali modifiche del **CONTRATTO** devono essere provate per iscritto.

⁶ In base al disposto dell'Art.5 Condizione di procedibilità e rapporti con il processo" del DECRETO LEGISLATIVO 4 marzo 2010 N°28 e successive modifiche. Il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di Mediazione di volta in volta scelti dalla parte richiedente, tra quelli presenti nel luogo del giudice territorialmente competente.

Se il **CONTRATTO** è stato stipulato con un **CONSUMATORE**, ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione presenti nel luogo di residenza o domicilio elettivo dell'**ASSICURATO**. La **PARTE** che viene chiamata in mediazione (sia la **SOCIETÀ**, sia l'**ASSICURATO**) può anche non partecipare alla procedura di mediazione, comunicando per iscritto all'organismo di mediazione prescelto le ragioni che giustificano la mancata partecipazione. Al tentativo di mediazione si applicherà il regolamento, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

⁷ Articolo 2952 del Codice Civile.

2.12 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2.13 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La **SOCIETÀ** rinuncia, a favore degli aventi diritto, all'azione di surroga verso i terzi responsabili.

Oggetto del Contratto

3 Cosa è assicurato?

In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le **GARANZIE** valide se richiamate in **POLIZZA**.

3.1 INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO

a) Ricovero

In caso di **RICOVERO** dell'**ASSICURATO** in **ISTITUTO DI CURA**, reso necessario da **INFORTUNIO** o **MALATTIA**, verrà corrisposta l'**INDENNITÀ GIORNALIERA** indicata in **POLIZZA**, a decorrere dal giorno del **RICOVERO** fino a quello dell'avvenuta dimissione, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

L'**INDENNITÀ GIORNALIERA** viene corrisposta anche in caso di parto, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

Cure al neonato

In caso di parto, se è necessario il **RICOVERO** del neonato per l'eliminazione o correzione di sue **MALFORMAZIONI**, la **SOCIETÀ** corrisponde all'**ASSICURATA** l'**INDENNITÀ GIORNALIERA** indicata in **POLIZZA**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

La giornata di entrata e quella di uscita dall'**ISTITUTO DI CURA** sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora dell'inizio del **RICOVERO** e quella della dimissione.

b) Day Hospital

La **GARANZIA** viene estesa in caso di degenza dell'**ASSICURATO** in regime di **DAY HOSPITAL**, resa necessaria da **INFORTUNIO** o **MALATTIA**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

Nei confronti dell'**ASSICURATO** affetto da **MALATTIA** cronica insorta dopo la stipulazione del **CONTRATTO**, l'assicurazione è prestata, per ciascun anno assicurativo successivo al manifestarsi di tale patologia, con il limite indicato nell'art. 6.4 "LIMITI DI INDENNIZZO/RIMBORSO".

c) Indennità per spese di cartella clinica

La **SOCIETÀ** corrisponde all'**ASSICURATO** un'indennità forfettaria di 15 euro per ciascun **SINISTRO** con **RICOVERO**, a titolo di rimborso spese per il rilascio della cartella clinica.

3.2 INDENNITÀ GIORNALIERA PER CONVALESCENZA

a) Convalescenza successiva ad un ricovero

In caso di **CONVALESCENZA** per **MALATTIA** o **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO** successiva ad un **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA** o intervento chirurgico in **DAY HOSPITAL**, verrà corrisposta l'**INDENNITÀ GIORNALIERA** a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dall'**ISTITUTO DI CURA** e fino a quello della guarigione clinica, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

b) Convalescenza non successiva ad un ricovero, causata da infortunio e con gessatura

In caso di **CONVALESCENZA** conseguente ad **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO** che rende necessaria una **GESSATURA** e che non comporta **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA**, l'**INDENNITÀ GIORNALIERA** verrà corrisposta per tutto il periodo durante il quale si è resa necessaria la **GESSATURA** e fino alla rimozione della stessa, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "Ci sono limiti di copertura?".

c) Convalescenza successiva ad un ricovero, causata da infortunio e con gessatura
In caso di **CONVALESCENZA** conseguente ad **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO** che rende necessaria una **GESSATURA** e che comporta **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA**, l'**ASSICURATO** potrà scegliere, per il pagamento dell'**INDENNITÀ GIORNALIERA**, la **GARANZIA** in forma a), oppure la **GARANZIA** in forma b).

Sono equiparati a **GESSATURA**:

- apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast) in materiale acrilico;
- bendaggi amidati;
- docce / valve gessate;
- collari con mentoniera (tipo Zimmer);
- bendaggi Desault e Gilchrist;
- minerve (anche in cuoio);
- stecche di Zimmer;
- apparecchi di trazione cranica (tipo Halo) e trazione / immobilizzazione dita (tipo Iselin);
- osteosintesi⁸ documentate da referti radiologici e certificati medici.

3.3 ALTRI RISCHI COMPRESI

Sono compresi i **RICOVERI** per **INFORTUNI**:

- derivanti da malore o incoscienza dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da colpa grave dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da tumulti popolari a condizione che l'**ASSICURATO** non vi abbia preso parte attiva;
- avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'**ASSICURATO** risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

3.4 DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODI DI CARENZA

Fermo il disposto dell'art. 2.2 "**DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO**" la **GARANZIA** inizia:

- dal momento in cui ha effetto la **POLIZZA**, per gli **INFORTUNI** e per l'aborto post traumatico;
- dal 180° giorno successivo per le conseguenze di **MALATTIE** diagnosticate, o sottoposte ad accertamenti, o curate anteriormente alla stipulazione della **POLIZZA**, purché dichiarate dagli **ASSICURATI** nel questionario sanitario e non esplicitamente escluse dalla **SOCIETÀ** mediante specifica appendice contrattuale;
- dal 300° giorno successivo per il parto, e per le patologie varicose manifestatesi dopo la stipulazione della **POLIZZA**;
- dal 180° giorno successivo per le **MALATTIE**, diverse da quelle indicate al precedente punto b), non conosciute dall'**ASSICURATO** ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della **POLIZZA** stessa;
- dal 30° giorno successivo per le altre **MALATTIE**, non ricomprese nei casi b) e d).

Per l'aborto terapeutico e per le **MALATTIE** dipendenti da gravidanza o puerperio, la **GARANZIA** è operante, con il periodo di carenza di 90 giorni, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto della **POLIZZA**.

Se la **POLIZZA** é stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra

⁸ Pratica chirurgica per unire e rendere stabili, tramite utilizzo di mezzi metallici, i frammenti ossei di una frattura.

POLIZZA riguardante gli stessi **ASSICURATI**, i periodi di carenza di cui sopra decorrono:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la **POLIZZA** sostituita, per le prestazioni e le **INDENNITÀ GIORNALIERE** da quest'ultima previsti, se previsti anche dalla **POLIZZA** sostituyente;
- dal giorno in cui ha effetto la **POLIZZA** sostituyente, limitatamente alle maggiori **INDENNITÀ GIORNALIERE** ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Le presenti norme per il caso di sostituzione valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa **POLIZZA**.

4 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?

Il **CONTRAENTE** può attivare le seguenti opzioni, operative se espressamente richiamate in **POLIZZA**, valide entro la **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA**, ferme le esclusioni e gli eventuali **SCOPERTI** e limiti di **INDENNIZZO** previsti nell'articolo 6 "Ci sono limiti di copertura?".

OPZIONI CON AUMENTO DI PREMIO

4.1 ADEGUAMENTO GARANZIA

Le **INDENNITÀ GIORNALIERE** ed il **PREMIO** sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali degli indici dei "Prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati", pubblicati dall'ISTAT, in conformità a quanto segue:

- nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- in fase di rinnovo della **POLIZZA**, in caso di una variazione in più od in meno rispetto all'indice inizialmente adottato, o ad indice equivalente a quello inizialmente adottato, le **INDENNITÀ GIORNALIERE** ed il **PREMIO** verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al **CONTRAENTE/ASSICURATO** di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Ad esempio:

Data di effetto della POLIZZA: 1/12/2020

Data scadenza POLIZZA: 1/12/2021

Indice ISTAT rilevato a giugno 2020: 100

Indice ISTAT rilevato a giugno 2021: 102

Variazione indice ISTAT tra giugno 2020 e giugno 2021: +2%

	1/12/2020	1/12/2021
INDENNITÀ GIORNALIERA	€ 100	€ 102

Se, in conseguenza della variazione dell'indice, l'**INDENNITÀ GIORNALIERA** ed il **PREMIO** superano il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà delle **PARTI** rinunciare, con comunicazione scritta da inviare all'altra **PARTE**, all'aggiornamento della **POLIZZA**, pertanto l'**INDENNITÀ GIORNALIERA** ed il **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione dell'indice, la **SOCIETÀ** proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento. In tal caso, è facoltà del **CONTRAENTE** rinunciare a tale adeguamento, dandone comunicazione alla **SOCIETÀ**.

4.2 MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO

Limitatamente al periodo di **RICOVERO**, la **SOCIETÀ** corrisponderà:

- a) il doppio dell'**INDENNITÀ GIORNALIERA** per ogni giorno di **RICOVERO** che comporta un grande intervento chirurgico o che avvenga in reparto di rianimazione o di terapia intensiva. Si considerano grandi interventi chirurgici quelli individuati nell' allegato "*Elenco Grandi Interventi Chirurgici*";
- b) l'**INDENNITÀ GIORNALIERA** aumentata del 50% a partire dal ventunesimo giorno, in caso di **RICOVERO** che si protragga per oltre 20 giorni consecutivi;
- c) il doppio dell'**INDENNITÀ GIORNALIERA** in caso di **RICOVERO** d'urgenza all'estero, reso necessario da **MALATTIA** improvvisa o **INFORTUNIO** che si manifesti o accada all'estero. Per **MALATTIA** improvvisa si intende una **MALATTIA** acuta di cui l'**ASSICURATO** non è a conoscenza e che non sia la manifestazione di un precedente stato morboso.

4.3 GESSATURA "ESTESA"

(attivabile solo se presente la **GARANZIA "Indennità giornaliera per convalescenza"**)

L'assicurazione si intende estesa anche ai casi di immobilità fisica, documentata da referti radiologici e certificati medici, comportante la totale incapacità ad effettuare qualsiasi tipo di attività, professionale e non professionale, derivante da:

- frattura del bacino o dell'anca;
- frattura cranica;
- frattura delle costole;
- frattura della colonna vertebrale.

Tale estensione è operante purché vi sia frattura radiologicamente accertata e non sia comunque clinicamente possibile applicare alcuna **GESSATURA**.

4.4 RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE

La **SOCIETÀ** rimborsa, fino al limite giornaliero indicato in **POLIZZA**, le spese per il vitto ed il pernottamento in **ISTITUTO DI CURA** dell'accompagnatore.

4.5 ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA

La **SOCIETÀ** rimborsa, fino al limite giornaliero indicato in **POLIZZA**, le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per l'assistenza fornita da personale infermieristico qualificato durante il **RICOVERO**.

4.6 RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

In caso di **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA** comportante almeno due pernottamenti, reso necessario da **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, la **SOCIETÀ** rimborsa le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti il **RICOVERO**, purché pertinenti alla **MALATTIA** o all'**INFORTUNIO** che ha determinato il **RICOVERO** stesso;
- esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 60 giorni successivi alla data delle dimissioni dal **RICOVERO**, purché pertinenti alla **MALATTIA** o all'**INFORTUNIO** che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

Le spese saranno rimborsate entro i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'art. 6 "*Ci sono limiti di copertura?*".

La **SOCIETÀ** ed il **CONTRAENTE** hanno la facoltà di annullare, ad ogni scadenza annuale, l'operatività della presente **GARANZIA** mediante comunicazione scritta, da inviarsi entro 30 giorni precedenti la data di scadenza medesima e nelle forme indicate all'articolo 1.4 "**FORMA DELLE COMUNICAZIONI**".

5 Cosa NON è assicurato?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i **RISCHI** esclusi dalle coperture assicurative.*

5.1 PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- A.I.D.S. o sindromi correlate.

La sopravvenienza in corso di **POLIZZA** delle predette situazioni a carico dell'**ASSICURATO** costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'assicurazione.

In tal caso la **SOCIETÀ** restituisce al **CONTRAENTE** la parte di **PREMIO**, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la **SOCIETÀ** ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il **PREMIO** stesso.

6 Ci sono limiti di copertura?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è operante la garanzia, nonché a **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI** e **LIMITI DI INDENNIZZO/RIMBORSO** previsti dal **CONTRATTO**.*

6.1 ESCLUSIONI

La **GARANZIA** non opera per:

- a) le conseguenze dirette di **INFORTUNI**, nonché le **MALATTIE** (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione della **POLIZZA**, sottaciuti alla **SOCIETÀ** con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione.
Si intendono invece comprese le patologie dichiarate e non espressamente escluse dalla **SOCIETÀ** con specifico atto contrattuale, fermo restando le esclusioni previste ai successivi punti del presente articolo;
- b) gli **INFORTUNI** derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- c) gli **INFORTUNI** derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità⁹, motociclistiche e motonautiche e alle relative prove e allenamenti, oppure dalla partecipazione ad imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che si tratti di atti compiuti dall'**ASSICURATO** per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo). Sono altresì esclusi gli **INFORTUNI** derivanti da uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici ed automobilistici;
- d) gli **INFORTUNI** conseguenti a stato di intossicazione acuta da alcool;
- e) gli **INFORTUNI** sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;

⁹ Le gare di regolarità sono delle competizioni a carattere non agonistico come per esempio i raduni di auto e di moto

- f) l'accertamento e l'eliminazione o la correzione di **DIFETTI FISICI** e **MALFORMAZIONI** che siano evidenti o siano clinicamente diagnosticabili prima della stipulazione della **POLIZZA**. L'esclusione non opera per il neonato di cui alla **GARANZIA "Indennità giornaliera per ricovero"**;
- g) le **MALATTIE** mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- h) le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) l'aborto volontario non terapeutico, nonché per le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da **INFORTUNIO**), nonché per quelle dietologiche e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- l) eventi derivanti da inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- m) le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici determinati da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- n) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della **POLIZZA**;
- o) gli **INFORTUNI** derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- p) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.

Le **GARANZIE** non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**.

Nel caso intervenissero variazioni contrattuali nel corso di **POLIZZA**, comportanti un aumento degli importi assicurati o prestazioni diverse, le disposizioni di cui alle precedenti esclusioni a), f) e n), si applicheranno dalla data della variazione del **CONTRATTO**. Per variazione si intende anche la sostituzione della **POLIZZA** nel corso della sua durata, con altra riconducibile allo stesso prodotto.

Per la **GARANZIA "Indennità Giornaliera per Ricovero"**: il **DAY HOSPITAL** non opera per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Per la **GARANZIA "Indennità Giornaliera per Convalescenza"**: nessun **INDENNIZZO** è previsto in caso di **RICOVERO** per qualsiasi tipo di parto, aborto, malattie della gravidanza e del puerperio, **DAY HOSPITAL**.

Inoltre non sono equiparati a **GESSATURA** i seguenti tutori:

- bendaggi elastici autoadesivi (Tensoplast);
- bendaggi, busti, corsetti cosiddetti semirigidi;
- collari di Schantz, Camp;
- apparecchi toraco-brachiali non gessati ed amovibili;
- infibuli endomidollari (Kuntscher, Rus);
- ortesi in genere (apparecchi di posizione);
- ginocchiere Donjoy.

6.2 FRANCHIGIE

In caso di degenza dell'**ASSICURATO** in regime di **DAY HOSPITAL**, L'**INDENNITÀ GIORNALIERA** è corrisposta esclusivamente per durata superiore a 2 giorni consecutivi salvo le festività.

6.3 SCOPERTI

Per la **GARANZIA** *"Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero"*, la **SOCIETÀ** applica uno **SCOPERTO** pari al 20%, con il minimo di 100 euro per ogni **SINISTRO**.

Le voci di spesa per le quali è richiesto il rimborso del solo ticket saranno invece rimborsate senza applicazione dello **SCOPERTO**.

Cosa è lo "SCOPERTO"?

E' una parte dell'ammontare del danno, espressa in percentuale, che rimane obbligatoriamente a carico dell'ASSICURATO per ogni SINISTRO.

Cosa è il "MINIMO" di SCOPERTO?

E' il valore di riferimento, espresso in Euro, per l'applicazione dello SCOPERTO:

- se il valore in Euro dello SCOPERTO è superiore al MINIMO, resta a carico dell'ASSICURATO lo SCOPERTO;
- se il valore in Euro dello SCOPERTO è pari o inferiore al MINIMO, resta a carico dell'ASSICURATO il MINIMO.

Esempio:

Valore della VISITA SPECIALISTICA: € 600,00

SCOPERTO = 20% = € 120

MINIMO = € 100

RIMBORSO: € 600 - € 120 = € 380 poiché rimane a carico dell'ASSICURATO lo SCOPERTO pari al 20%.

Valore della VISITA SPECIALISTICA: € 200,00

SCOPERTO = 20% = € 40

MINIMO = € 100

RIMBORSO: € 200 - € 100 = € 100 poiché rimane a carico dell'ASSICURATO il MINIMO di SCOPERTO.

6.4 LIMITI DI INDENNIZZO/RIMBORSO

Cosa si intende per "LIMITE DI INDENNIZZO/RIMBORSO"?

Per "LIMITE DI INDENNIZZO/RIMBORSO" si intende l'importo massimo entro il quale la SOCIETÀ è impegnata ad offrire la copertura assicurativa; rappresenta quindi l'obbligazione massima della SOCIETÀ in caso di SINISTRO, per capitale, interessi e spese per una determinata prestazione o garanzia.

Il LIMITE DI INDENNIZZO/RIMBORSO può essere fissato per ogni SINISTRO e/o per anno assicurativo.

Esempi di applicazione di LIMITE DI INDENNIZZO/RIMBORSO per una determinata prestazione:

- 1) LIMITE DI INDENNIZZO/RIMBORSO € 500 per SINISTRO: la SOCIETÀ pagherà massimo € 500 per ciascun SINISTRO; non è fissato un limite per anno assicurativo, quindi la SOCIETÀ pagherà tutti i SINISTRI che avverranno nel corso anno assicurativo (max € 500 ciascuno);
- 2) LIMITE DI INDENNIZZO/RIMBORSO € 500,00 per SINISTRO e per anno assicurativo: la SOCIETÀ pagherà massimo € 500 nel corso dell'anno assicurativo (es. 2 SINISTRI da € 250).

Salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, le **GARANZIE** prevedono l'applicazione dei limiti di **INDENNIZZO/RIMBORSO** indicati nella seguente tabella:

RIFERIMENTO (art.)	PRESTAZIONE (se assicurata in base a quanto risulta in POLIZZA)	LIMITE DI INDENNIZZO/RIMBORSO (per anno assicurativo, se non diversamente indicato)
Cosa è assicurato? Art. 3.1 Indennità giornaliera per ricovero	RICOVERO	• massimo 365 giorni • parto naturale: massimo 5 giorni • cure al neonato: RICOVERO effettuato nei primi 90 giorni di vita
Cosa è assicurato? Art. 3.1 Indennità giornaliera per ricovero	DAY HOSPITAL	• INDENNITÀ GIORNALIERA ridotta al 50%, con il limite massimo di 150 giorni per anno assicurativo. • in caso di MALATTIA cronica insorta dopo la stipulazione della POLIZZA la GARANZIA è prestata per ciascun anno assicurativo successivo al manifestarsi della patologia fino ad un massimo di 30 giorni.
Cosa è assicurato? Art. 3.2 Indennità giornaliera per convalescenza	Forma a)	massimo 150 giorni per anno assicurativo e con limite di 4 volte i giorni di durata del RICOVERO
Cosa è assicurato? Art. 3.2 Indennità giornaliera per convalescenza	Forma b)	Massimo 90 giorni
Cosa è assicurato? Art. 3.2 Indennità giornaliera per convalescenza	Osteosintesi	Massimo 30 giorni
Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare? Art. 4.3	GESSATURA "Estesa"	Massimo 20 giorni per frattura costola e 60 giorni per frattura bacino, anca, cranio, colonna vertebrale
Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare? Art. 4.4	Retta dell'accompagnatore	Massimo 60 giorni per ASSICURATO
Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare? Art. 4.5	Assistenza infermieristica ospedaliera	Massimo 30 giorni per ASSICURATO
Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare? Art. 4.6	Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il RICOVERO	Massimo € 1.500 per l'insieme degli ASSICURATI

Cosa fare in caso di Sinistro?

7 Gestione del Sinistro

Negli articoli seguenti sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi delle **PARTI** e le indicazioni generali relative alla gestione dei **SINISTRI**.

7.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** oppure alla **SOCIETÀ** entro 5 giorni da quando ne abbia avuto la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al **RIMBORSO**.

La denuncia del **SINISTRO** deve essere inviata unitamente alla certificazione medica sulla natura delle infermità.

L'**ASSICURATO** deve sottoporsi, anche in fase di **RICOVERO**, agli esami e controlli medici disposti dalla **SOCIETÀ** tramite suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

L'**ASSICURATO** deve fornire:

- per "Indennità giornaliera da ricovero o day hospital", copia della cartella clinica completa, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero;
- per "Indennità giornaliera da convalescenza", i certificati medici in originale attestanti lo stato di convalescenza dopo la cessazione del ricovero, o durante il periodo in cui l'assicurato è portatore di gessatura;
- per "Indennità giornaliera per gessatura estesa", i referti radiologici e certificati medici attestanti il periodo di immobilità;
- per "Retta dell'accompagnatore", gli originali delle notule, distinte e ricevute, debitamente intestate e quietanzate;
- per "Assistenza infermieristica ospedaliera", gli originali delle notule, distinte e ricevute, debitamente intestate e quietanzate;
- per "Spese sostenute prima e dopo il ricovero", copia della cartella clinica completa, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero. Occorre inoltre fornire l'originale delle notule, distinte e ricevute, debitamente intestate e quietanzate. Qualora intervengano il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti, privati e non, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione di quanto corrisposto dall'**ASSICURATO**.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento dell'**INDENNIZZO**.

7.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul diritto dell'**ASSICURATO** al pagamento delle indennità, le **PARTI** possono demandare la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sulla scelta del terzo medico, questo sarà individuato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio, cioè nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'**ASSICURATO**.

Ciascuna delle **PARTI** paga le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, senza procedure formali, e sono vincolanti tra le **PARTI**, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle **PARTI**.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le **PARTI** anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

7.3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

A cura ultimata, la liquidazione del **SINISTRO** viene effettuata - inviando apposito atto di transazione e quietanza - entro 30 giorni dal ricevimento da parte della **SOCIETÀ** del certificato di guarigione o di equivalente autodichiarazione da parte dell'**ASSICURATO**, salvo che siano emersi motivi di inoperatività della **GARANZIA**.

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** è eseguito, in euro, presso la sede della **SOCIETÀ** o dell'Agenzia alla quale è assegnato la **POLIZZA**, entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto, corredato degli eventuali documenti specificati nell'atto stesso.

Si considera come data del **SINISTRO** il giorno in cui si è verificato il **RICOVERO** o, se non vi è stato **RICOVERO**, l'intervento chirurgico ambulatoriale o altra prestazione sanitaria assicurata, fermo il periodo di carenza previsto all'art. 3.4 *"DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODI DI CARENZA"*.

Relativamente alle **GARANZIE**:

- "Retta dell'accompagnatore",
- "Assistenza infermieristica ospedaliera",
- "Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero"

i **RIMBORSI** per le spese sostenute all'estero vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio – ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Nel caso in cui il **RISCHIO** relativo alla presente **POLIZZA** sia ripartito fra più imprese di assicurazione (c.d. coassicurazione), ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal **CONTRATTO**, esclusa ogni responsabilità solidale.

Se in relazione al **SINISTRO** è stata aperta una procedura giudiziaria (civile, penale e/o amministrativa), oppure se è stata avviata una procedura di natura conciliativa, la **SOCIETÀ** si riserva la facoltà di attendere la conclusione definitiva della procedura, prima di procedere con la liquidazione nei termini sopra descritti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le **PARTI** anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Tabella di sintesi degli adempimenti in caso di Sinistro

Cosa fare ENTRO 5 GIORNI	Adempimenti necessari per la liquidazione del danno
La denuncia del SINISTRO deve essere fatta alla direzione della SOCIETÀ o all'agenzia cui è assegnata la POLIZZA entro 5 giorni da quando il CONTRAENTE/ASSICURATO ne abbia avuto la possibilità.	Alla denuncia del SINISTRO deve essere allegata la copia della cartella clinica completa. L'ASSICURATO deve consentire alla SOCIETÀ di svolgere le indagini e gli adempimenti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CRANIO
(Vedi anche Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico)
• Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
FACCIA E BOCCA
• Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario • Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare • Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne • Resezione paratidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale • Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
COLLO
• Tiroidectomia totale per neoplasie maligne • Timectomia per via cervicale • Resezione dell'esofago cervicale
TORACE
• Resezioni segmentarie e lobectomia • Pneumonectomia • Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi • Interventi per fistole bronchiali-cutanee • PIEuropneumonectomia • Toracectomia ampia • Resezione bronchiale con reimpianto • Timectomia per via toracica • Toracoplastica totale
CHIRURGIA TORACICA
• Pericardiectomia parziale o totale • Sutura del cuore per ferite • Interventi per corpi estranei del cuore • Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi • Derivazioni aorto-polmonari • Correzione di coartazione aortica • Interventi per fistole atero-venose del polmone • Legatura e resezione del dotto di Botallo • Operazione per embolia della arteria polmonare • Interventi a cuore aperto • Bypass aorto-coronarico • Applicazione di pacemaker

ESOFAGO
(Vedi anche otorinolaringoiatria)
• Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria • Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago • Idem per tumori: resezioni parziali basse-alte-totali • Esofagoplastica • Reintervento per megaesofago
STOMACO - DUODENO
• Resezione gastrica da neoplasie maligne • Gastrectomia totale da neoplasie maligne • Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
INTESTINO
• Colectomia totale • Resezione ileo-cecale con linfadenectomia
RETTO - ANO
• Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo • Idem per via addomino perineale : in più tempi • Resezione anteriore retto-colica
ERNIE
• Intervento iatale con funduplicatio
FEGATO E VIE BILIARI
• Resezione epatica • Epatico e coledocotomia • Papillotomia per via trans-duodenale • Interventi per la ricostruzione delle vie biliari • Deconnessione azygos-portale per via addominale
PANCREAS E MILZA
• Interventi di necrosi acuta del pancreas • Interventi per cisti e pseudo cisti: - Enucleazione delle cisti - Marsupializzazione • Interventi per fistole pancreatiche • Interventi demolitivi sul pancreas: - totale o della testa - della coda • Splenectomia • Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche - Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico - Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta - Operazione per encefalo-meningocele - Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili - Interventi per epilessia focale - Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari - NEurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi - Emisferectomia - Ernia del disco dorsale per via transtoracica
SIMPATICO E VAGO
Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
CHIRURGIA VASALE
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache - Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
ARTICOLAZIONI
- Disarticolazione interscapolo toracica - Emipelvectomy - Artroplastica delle grandi articolazioni con materiale biologico
APPARATO GENITALE MASCHILE
Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
GINECOLOGIA
Pannisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni
OCULISTICA
Iridocicloretrazione da glaucoma
CHIRURGIA PEDIATRICA
- Cranio bifido con meningoencefalocele - Idrocefalo ipersecretivo - Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

CHIRURGIA PEDIATRICA
- Cisti e tumori tipici del bambino di origini bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma) - Atresia congenita dell'esofago - Fistola congenita dell'esofago - Torace a imbuto e torace carenato - Ernia diaframmatica - Stenosi congenita del piloro - Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva - Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto vulvare: - abbassamento addomino perineale - Megauretere: - Resezione con reimpianto - Resezione con sostituzione di ansa intestinale - Megacolon: - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson - Nefrectomia per tumore di Wilms - Spina bifida: - meningocele o mielomeningocele
UROLOGIA
- Interventi per fistola vescico rettale - Intervento per estrofia della vescica - Cistectomia totale ureterosigmoidostomia - Uretero-ileo anastomosi (o colo) - Nefrotomia bivalente in ipotermia - Nefrectomia allargata per tumore - Nefro-ureterectomia totale - Surrenelectomia
OTORINOLARINGOIATRIA
NASO Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
LARINGE - Laringectomia totale - Faringolaringectomia
ORECCHIO Antro-atticotomia
TRAPIANTI D'ORGANO
Tutti i trapianti d'organo si intendono Grande Intervento Chirurgico In questi casi l'indennità giornaliera pattuita per il ricovero ospedaliero dell'Assicurato opera anche per il donatore.

Appendice normativa

*In questa parte sono riportati nel dettaglio gli articoli di **LEGGE** richiamati nelle Condizioni di Assicurazione.*

CODICE CIVILE

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenti con dolo e colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione .

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenti senza dolo e colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso, e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Articolo 5 del Decreto Legislativo n. 28 del 2010 - Condizione di procedibilità e rapporti con il processo

1-bis. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari, è tenuto, assistito dall'avvocato, preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto ovvero il procedimento di conciliazione previsto dal decreto legislativo 8 ottobre 2007, n. 179, ovvero il procedimento istituito in attuazione dell'articolo 128-bis del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385, e successive modificazioni, per le materie ivi regolate. L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. La presente disposizione ha efficacia per i quattro anni successivi alla data della sua entrata in vigore. Al termine di due anni dalla medesima data di entrata in vigore è attivato su iniziativa del Ministero della giustizia il monitoraggio degli esiti di tale sperimentazione. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice ove rilevi che la mediazione è già iniziata, ma non si è conclusa, fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo provvede quando la mediazione non è stata esperita, assegnando contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione. Il presente comma non si applica alle azioni previste dagli articoli 37, 140 e 140-bis del codice del consumo di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, e successive modificazioni.

2. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, il giudice, anche in sede di giudizio di appello, valutata la natura della causa, lo stato dell'istruzione e il comportamento delle parti, può disporre l'esperimento del procedimento di mediazione; in tal caso l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale anche in sede di giudizio di appello. Il provvedimento di cui al periodo precedente è adottato prima dell'udienza di precisazione delle conclusioni ovvero, quando tale udienza non è prevista, prima della discussione della causa. Il giudice fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6 e, quando la mediazione non è già stata avviata, assegna contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione.

2-bis. Quando l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale; la condizione si considera avverata se il primo incontro dinanzi al mediatore si conclude senza l'accordo.

3. Lo svolgimento della mediazione non preclude in ogni caso la concessione dei provvedimenti urgenti e cautelari, né la trascrizione della domanda giudiziale.

4. I commi 1-bis e 2 non si applicano: a) nei procedimenti per ingiunzione, inclusa l'opposizione, fino alla pronuncia sulle istanze di concessione e sospensione della provvisoria esecuzione; b) nei procedimenti per convalida di licenza o sfratto, fino al mutamento del rito di cui all'articolo 667 del codice di procedura civile; c) nei procedimenti di consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite, di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile; d) nei procedimenti possessori, fino alla pronuncia dei provvedimenti di cui all'articolo 703, terzo comma, del codice di procedura civile; e) nei procedimenti di opposizione o incidentali di cognizione relativi all'esecuzione forzata; f) nei procedimenti in camera di consiglio; g) nell'azione civile esercitata nel processo penale.

5. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, se il contratto, lo statuto ovvero l'atto costitutivo dell'ente prevedono una clausola di mediazione

o conciliazione e il tentativo non risulta esperito, il giudice o l'arbitro, su eccezione di parte, proposta nella prima difesa, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione e fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo il giudice o l'arbitro fissa la successiva udienza quando la mediazione o il tentativo di conciliazione sono iniziati, ma non conclusi. La domanda è presentata davanti all'organismo indicato dalla clausola, se iscritto nel registro, ovvero, in mancanza, davanti a un altro organismo iscritto, fermo il rispetto del criterio di cui all'articolo 4, comma 1. In ogni caso, le parti possono concordare, successivamente al contratto o allo statuto o all'atto costitutivo, l'individuazione di un diverso organismo iscritto.

6. Dal momento della comunicazione alle altre parti, la domanda di mediazione produce sulla prescrizione i medesimi effetti della domanda giudiziale. Dalla stessa data, la domanda di mediazione impedisce altresì la decadenza per una sola volta, ma se il tentativo fallisce la domanda giudiziale deve essere proposta entro il medesimo termine di decadenza, decorrente dal deposito del verbale di cui all'articolo 11 presso la segreteria dell'organismo.

Note

NOTE

[illegible]

Lined area for notes, consisting of multiple horizontal lines.

Note

NOTE

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 28 horizontal blue lines spaced evenly across the page, typical of standard notebook paper. The lines are thin and light blue, set against a plain white background. There are no margins, text, or other markings on the page.



Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 10/12/2020



Vittoria
Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2
vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione
Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

PB027315-CGA-EDZ-1220 - INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERI